

# NexusCare

Dr. Brian Citro MD MBA FACS

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo#: \_\_\_\_\_ Casa#: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGUROS

### Seguro Primario:

Seguro: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación:  propio  Cónyuge  Dependiente FDN: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo#: \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario:

Seguro: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación:  propio  Cónyuge  Dependiente FDN: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo#: \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_ (Inicial) Por la presente autorizo a NexusCare y a sus proveedores a proporcionar tratamiento médico para el paciente mencionado anteriormente y reconozco plenamente que todas las visitas al consultorio son en efectivo y se pagarán en su totalidad en el momento de la visita, a menos que mi seguro lo contrate de otra manera. Además entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo y que soy responsable de NexusCare, de cualquier tarifa no cubierta por el seguro. Además, autorizo a NexusCare a divulgar todos y cada uno de los registros médicos pertinentes necesarios para facilitar la facturación del seguro o la atención médica, y autorizo al acreedor o agente superior a hacer cualquier empleo, o verificación del seguro y divulgación de toda la información necesaria para procesar reclamos. Por la presente autorizo beneficios para pagar directamente a NexusCare y entiendo que el pago por los servicios prestados es en última instancia mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que mi seguro será facturado como cortesía para mí. También entiendo que es mi responsabilidad hacer un seguimiento con mi compañía de seguros 30 días a partir de la fecha de servicio, para asegurarme de que están procesando mis reclamos. Cualquier reclamación no pagada dentro de 90 días será mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ (Inicial) También entiendo que en caso de incumplimiento en cualquier pago debido a NexusCare, acepto pagar los costos de cobro, incluyendo honorarios de abogados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# NexusCare

Dr. Brian Citro MD MBA FACS

## HISTORIA MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas:**  Diabetes  Presión arterial alta  Colesterol alto  Acidez  Dolor crónico

Otro: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas de parientes cercanos:**  Cáncer de mama  Cáncer de colon  Cáncer de ovario

Cáncer uterino  Enfermedad intestinal  enfermedad cardíaca  Otro: \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales (Lista):** \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  soltero Número de niños: \_\_\_\_\_

Fumador:  Sí  No  Dejar ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ /día

Cuando se inició: \_\_\_\_\_ Cuando salga: \_\_\_\_\_

Marihuana:  Sí  No  Dejar Otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Alcohol:  Ninguno  Raro  Mensual  Semanal  Diario  Recuperación de alcohólicos

Operaciones anteriores: \_\_\_\_\_

¿Reacciones de anestesia para usted o su familia?  Sí  No

¿Problemas de sangrado para usted o su familia?  Sí  No

### Solo para mujeres

¿Estás embarazada??  Sí  No ¿Fecha de vencimiento? \_\_\_\_\_

Fecha del último período menstrual: \_\_\_\_\_ ¿Menopausia?  Sí  No

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de nacimientos: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_ ¿Ligadura?  Sí  No

Otras preocupaciones para discutir: \_\_\_\_\_

### EL PERSONAL DE LA OFICINA SOLO USA

Date: \_\_\_\_\_ Staff: \_\_\_\_\_

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NexusCare**

Dr. Brian Citro MD MBA FACS

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A FAMILIA Y/O CUIDADORES**

**En el caso de que NexusCare necesite proporcionar sus resultados, podemos:**

Deje un mensaje con su cónyuge, familiar o cuidador designado como se indica a continuación.

Deje un mensaje en tu correo de voz: \_\_\_\_\_

Llame a su número de trabajo: \_\_\_\_\_

Hable directamente con usted SOLAMENTE.

Yo, \_\_\_\_\_, dar autorización de NexusCare para revelar mi protegido información de salud a las siguientes personas/entidades:

Nombre: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**DECLARACIONES DE ENTENDER**

1. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a NexusCare.
2. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida en el proceso de tratamiento, pago de operaciones de atención médica como a vista en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
3. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización y no necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las Reglas de Confidencialidad Federal. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo referirme a mi Aviso de privacidad, que obtuve del consultorio de mi médico.
4. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará tres (3) años a partir de la fecha defirma.

\_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completó este formulario si no es paciente: \_\_\_\_\_

Relación de la persona que completó el formulario para el paciente: \_\_\_\_\_

**NexusCare**

Dr. Brian Citro MD MBA FACS

**AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Le autorizo a divulgar los registros médicos solicitados pertinentes a mi atención:

**NexusCare**  
**7375 Prairie Falcon RD, Suite 150**  
**Las Vegas, NV 89128**

Entiendo que mi consentimiento expreso está obligado a divulgar cualquier información de salud relacionada con las pruebas, el diagnóstico y/o el tratamiento de problemas médicos relacionados con el alcohol o las drogas, y este consentimiento especial también se aplicará al diagnóstico relacionado con el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los trastornos psiquiátricos/salud mental. Esta información ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. El Reglamento Federal (42.F.R. Parte 2) le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita dichas regulaciones. Esta autorización puede ser revocada, pero no retroactiva, a la divulgación de información hecha de buena fe.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

❖ Esta autorización expira noventa (90) días a partir de la fecha de esta firma.

**EL PERSONAL DE LA OFICINA SOLO USA**

**Please send a copy of the request records:**

Purpose for releasing medical information: \_\_\_\_\_

From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

- Operative Reports                       H&P/Consults                       Discharge Reports
- Laboratory Reports                       Radiology Reports                       Pathology Reports
- Other: \_\_\_\_\_